

Твоите формуляри за кандидатстване.

Много *лесно* е да станеш член.

Става по-бързо, отколкото си мислиш.

mhplus
Krankenkasse.

Ако имаш
въпроси:
Обади ни се!
07141 9790-1000

Изпрати ни заявление.

В тази брошура ще намериш всички формуляри,
от които се нуждаеш. Трябва ти четвърт
час. Това е всичко, от което се нуждаеш.
И членството ти е почти готово.

Попълва се от mhplus: Номер на агент / Фамилно име, собствено име на служител
(Das füllt die mhplus aus: Vermittlernummer / Name, Vorname Mitarbeiter)

Бих искал(а) от (Ich möchte ab dem)		да стана задължителен член (Pflichtmitglied)		доброволен член на mhplus. (freiwilliges Mitglied der mhplus werden.)		Araci numarası (Vermittlernummer)	
Моите данни (Meine Daten)							
Фамилно име (Name)				Собствено име (Vorname)			
Улица (Straße)				номер (Hausnummer)			
Пощенски код (PLZ)		Населено място (Ort)					
Националност (Nationalität)		Федерална провинция (Bundesland)					
Телефон (по избор) (Telefon) (freiwillige Angabe)		Имейл (E-Mail)		(по избор) ((freiwillige Angabe))			
Семейно положение (Familienstand)		Пол (Geschlecht)		жена (ж) (weiblich (w))		мъж (м) (männlich (m))	
				друго (д) (divers (d))		неопределен (х) (unbestimmt (x))	
Социалноосигурителен номер (Sozialversicherungsnummer)							
Все още нямам социалноосигурителен номер. Моля, заявете го за мен със следните данни: (Ich habe noch keine Sozialversicherungsnummer. Bitte beantragen Sie diese für mich mit den folgenden Angaben:)							
Дата на раждане (Geburtsdatum)		Моминско име (Geburtsname)					
Място на раждане (Geburtsort)		Държава на раждане (Geburtsland)					
Моят данъчен номер (Meine Steuer-ID)		Намира се във Вашето данъчно известие ((Diese steht auf Ihrem Steuerbescheid.))					
Причина за членство (Anlass der Mitgliedschaft)							
Моето осигурително правоотношение се промени. (Mein Versicherungsverhältnis hat sich geändert.) (напр. смяна на работодателя) ((z. B. Wechsel des Arbeitgebers))				Моите осигурително правоотношение не се е променяло повече от 12 месеца. (смяна на каса при непроменено осигурително правоотношение) (Mein Versicherungsverhältnis ist seit mehr als 12 Monaten unverändert. (Kassenwechsel bei unverändertem Versicherungsverhältnis))			
Предшната ми здравноосигурителна каса увеличи размера на допълнителната вноска. (Meine bisherige Kasse hat den Zusatzbeitragssatz erhöht.)				За първи път се осигурявам в държавна здравноосигурителна каса. (Ich versichere mich zum ersten Mal bei einer gesetzlichen Krankenkasse.)			
За първи път започвам работа в Германия. (Ich nehme erstmals eine Beschäftigung in Deutschland auf.)				Други (Sonstiges:)			
Аз (Ich)							
работя (arbeite)		чиракувам (mache eine Ausbildung)		уча дуално (моля, приложете удостоверение за обучение) (studiere dual (bitte Studienbescheinigung mitsenden))		съм работещ студент (bin Werkstudent)	
Аз съм работещ(а) и съм доброволно осигурен(а). Годишната ми заплата е над 73.800,00 евро. (Ich bin angestellt und freiwillig versichert. Mein Jahresgehalt liegt über 73.800,00 Euro.)							
Работодателят ми плаща вноските за доброволно здравно осигуряване и за осигуряване за медико-социални грижи. (Mein Arbeitgeber führt die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung ab.)							
Сам(а) си плащам вноските за доброволно здравно осигуряване и осигуряване за медико-социални грижи на mhplus. (Ich zahle die Beiträge zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung selber an die mhplus.)							
Данни за изчисляване на вноската за осигуряване за медико-социални грижи: ☐ Имам деца (моля приложете удостоверяващ документ). (Angaben zur Berechnung des Beitrages zur Pflegeversicherung: Ich habe Kinder (bitte Nachweis mitsenden.))							
Получавам обезщетение за безработица/гражданско обезщетение (Bürgergeld) (моля, приложете уведомление). (Ich erhalte Arbeitslosengeld (bitte Bescheid mitsenden))							
Кандидатствах за (Ich habe ☐ обезщетение за безработица ☐ гражданско обезщетение (Bürgergeld). (Arbeitslosengeld) (Bürgergeld beantragt.))							
Забележка: Други групи лица – моля, попълнете следващата част от страницата (Hinweis: Weitere Personengruppen - bitte Folgeseite ausfüllen)							
Данни за работодателя (моля, попитайте работодателя за фирмения номер – винаги е с 8 цифри.) (Angaben zum Arbeitgeber (Betriebsnummer bitte beim Arbeitgeber erfragen – immer 8-stellig.))							
Име на дружеството (Firmenname)		Телефон (Telefon)					
Адрес (Adresse)							
Фирмен номер (Betriebsnummer)		нает от (beschäftigt seit)					
Други данни (моля, отбележете приложимото) (Sonstige Angaben (bitte zutreffendes ankreuzen))							
☐ Аз допълнително извършвам дейност като самостоятелно заето лице (моля, попълнете следващата част от страницата). (Ich übe zusätzlich eine selbstständige Tätigkeit aus (bitte Folgeseite ausfüllen.))							
☐ Уча успоредно с работата си (моля, приложете уверение за студентско положение и също така попълнете следващата част от страницата). Брой часове на работа (седмично) (Ich studiere neben meiner Beschäftigung (bitte Studienbescheinigung mitsenden und zusätzlich Folgeseite ausfüllen.)) (Stundenanzahl Beschäftigung (wöchentlich))							
☐ Получавам пенсия от немското пенсионно осигуряване или от сравнима институция в чужбина (моля, приложете уведомление за пенсия). (Ich beziehe eine Rente der Deutschen Rentenversicherung oder eines vergleichbaren Trägers im Ausland (bitte Rentenbescheid mitsenden.))							
☐ Получавам пенсионни обезщетения, напр. пенсии, професионални пенсии и допълнителни пенсии (моля, приложете уведомление от пенсионираща служба). (Ich erhalte Versorgungsbezüge, z. B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten (bitte Bescheid der Versorgungsstelle mitsenden.))							
☐ Бях освободен(а) от задължително здравно осигуряване по молба (моля, приложете копие на уведомлението). (Ich wurde auf Antrag von der Krankenversicherungspflicht befreit (bitte Kopie des Bescheides mitsenden.))							
☐ Получавам обезщетения от държавно осигуряване за медико-социални грижи. (Ich erhalte Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.)							
Данни за предишно здравно осигуряване (Angaben zur bisherigen Krankenversicherung)							
Преди бях ☐ задължително осигурен(а) (Ich war bisher (pflichtversichert))		☐ доброволно осигурен(а) (freiwillig versichert)		☐ със семейно осигуряване (familienversichert)		☐ осигурен(а) в частна здравноосигурителна каса (privat versichert)	
☐ осигурен(а) в чужбина (im Ausland versichert)							
Име на предишната здравноосигурителна каса (Name der bisherigen Krankenkasse)				от (vom)		о (bis zum)	
Там избрах тарифа по избор. (Ich habe dort einen Wahltarif gewählt.)							
Семейно осигуряване (Familienversicherung)							
Бих искал(а) да осигурявам близките си безплатно. (Ich möchte meine Angehörigen kostenfrei mitversichern.)				Моля, изпратете ми заявление. (Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.)		Заявлението е приложено. (Der Antrag liegt bei.)	
Дата (Datum)		Подпис (Unterschrift)					

Забележка: С моята декларация за съгласие mHplus може да ми предложи възможно най-доброто обслужване. Моите данни са предоставени доброволно. (Hinweis: Durch meine Einwilligungserklärung kann die mHplus mir den bestmöglichen Service bieten. Meine Angaben sind freiwillig.)



Декларация за съгласие (Einwilligungserklärung)

Попълва се само от mhplus: фамилно име, собствено име на служител
(Nur durch die mhplus zu befüllen: Name, Vorname Mitarbeiter)

Моето съгласие за използване на моите данни (Meine Einwilligung zur Nutzung meiner Daten)

**Моите данни
(Meine Angaben)**

☐ Вече съм член на здравноосигурителна каса mhplus.
(Ich bin bereits Mitglied der mhplus Krankenkasse.)

☐ Все още не съм член на mhplus. Съгласието остава валидно, ако сте член.
(Ich bin noch kein Mitglied der mhplus. Die Einwilligung gilt bei einer Mitgliedschaft weiter.)

Фамилно име (Name)											Дата на раждане (Geburtsdatum)										Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г
Собствено име (Vorname)																												
Улица, номер (Straße, Nr.)														Населено място (Ort)														
Пощенски код (PLZ)																												
Телефон (Telefon)																												
Номер на мобилен телефон (Handynummer)																												
Имейл (E-Mail)																												

Съгласие за контакт с mhplus
(Einwilligung zur Kontaktaufnahme der mhplus)

Съгласен съм със следното:
(Ich bin mit Folgendem einverstanden:)

- mhplus може да ме информира и консултира за (Die mhplus kann mich informieren und beraten)
- + моето осигуряване и (zu meinem Versicherungsschutz und)
- + нови услуги, и (zu neuen Leistungen und)
- + да ме анкетира за качеството на услугата с цел подобряване на услугата. mhplus може да възложи това на доставчик на услуги.
(zur Servicequalität befragen, um den Service zu verbessern. Dazu kann die mhplus einen Dienstleister beauftragen.)

mhplus може да използва следните начини за контакт:
(Folgende Kontaktwege darf die mhplus nutzen:)

по телефон: (per Telefon:)	☐ Да (Ja)	☐ Не (Nein)
по имейл: (per E-Mail:)	☐ Да (Ja)	☐ Не (Nein)
чрез текстово сообщение (SMS): (per SMS:)	☐ Да (Ja)	☐ Не (Nein)

Забелешка:
(Hinweis:)

От навършване на 16-годишна възраст може/трябва да се подаде декларация за съгласие
(Ab Vollendung des 16. Lebensjahres kann/soll eine Einwilligungserklärung abgegeben werden)

В информационния лист (вижте на гърба на страницата) е посочено как се използват данните.
(Im Infoblatt (siehe Rückseite) steht, wie die mhplus die Daten verwendet.)



Защита на данни.

Защитата на твоите данни е много важна за нас. Ето защо те информираме кои данни обработваме.

Цел на твоето съгласие

mhplus ще те информира за твоето осигуряване. Ще получаващ информация от нас за нови обезщетения и услуги. Освен това ще те информираме и за офертите на нашите партньори частни здравноосигурителни каси. Възползвай се от атрактивните допълнителни предложения! Те са насочени специално към твоите професионални или лични нужди.

mhplus може също да те покани да участваш в клиентско проучване. Защото твоето мнение и опит са важни за нас! Те ни помагат да оптимизираме нашата услуга за теб. За да получи или изиска определена информация от теб, mhplus може да наеме доставчик на услуги. Това включва информация за качество, обезщетения и осигуряване.

Какви данни обработва mhplus?

Твоята mhplus обработва само данните, които си предоставил в твоето Съгласие.

Данните ще бъдат ли предадени на трети страни?

Ако наемем законен доставчик на услуги, ние ще препращаме само данните, за които си дал своето съгласие. По този начин се предоставя услугата.

Колко време се съхраняват данните?

Данните от твоето Съгласие ще се съхраняват, докато се осигуряваш при нас или оттеглиш твоето съгласие. Данните, които изпращаме на доставчика на услуги, за да изпълни заявката, може да се съхраняват от него, докато заявката е изпълнена. Веднага след като заявката е изпълнена, доставчикът на услуги трябва да изтрие данните. Това ще бъде потвърдено писмено от mhplus чрез доставчика на услуги.

Къде можеш да оттеглиш съгласието си?

Просто изпрати имейл до info@mhplus.de. Или ни се обади: 07141 9790-0. Важно: Посочи „Декларация за съгласие“ като ключова дума. Можеш да оттеглиш съгласието си незабавно в бъдеще или само частично по всяко време.

Правно основание за обработване на данните

Данните се обработват въз основа на съгласие в съответствие с член 6, алинея 1, изречение 1а от Общия регламент за защита на данните (ОРЗД).

Допълнителна информация относно защитата на данните и нашия служител по защита на данните можеш да намериш тук:
www.mhplus-krankenkasse.de/datenschutz

Просто. **Повече. За теб.**

Каквото и да правиш в ежедневието. Ние се грижим, за да можеш ти да се грижиш за себе си и своето семейство. Независимо дали използваш услуги или имаш въпроси. Ние сме тук и те улесняваме. За здраве и добро самочувствие.

Фамилно име, собствено име (Name, Vorname)		Осигурителен номер (Намира се в здравната Ви карта.) (Versicherungsnummer) (Diese steht auf Ihrer mhplus-Gesundheitskarte.)	
Преди бях* (Ich war bisher*)	☐ осигурен(а) като член (als Mitglied versichert)	☐ осигурен(а) от семейно осигуряване в (familienversichert bei)	Име на здравноосигурителната каса (Name der Krankenkasse)
	☐ не бях осигурен(а) от системата на задължителното здравно осигуряване (nicht gesetzlich versichert)		

несемен/несемина (ledig)	семеен/семеина* (verheiratet*)	разделен(а)* (getrennt lebend*)	разведен(а) от (geschieden seit)	вдовец(ица) (verwitwet)
Регистрирано партньорство съгласно Закона за регистрираното житейско партньорство (LPartG)* (eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem LPartG*)				

*) Моля, предоставете допълнителни данни в колоната „Съпруг(а)“.
 (*) Bitte machen Sie weitere Angaben in der Spalte „Ehepartner/in“.)

Начало на моето членство (Beginn meiner Mitgliedschaft)	Раждање на дете (Geburt des Kindes)	Преместване от чужбина (Zuzug aus dem Ausland)
Крај на членството на моя роднина (Ende der eigenen Mitgliedschaft meines Angehörigen)	Брак (Heirat)	Друго (Sonstiges)

Моят телефонен номер (по избор) (Meine Telefonnummer (freiwillige Angabe))	
Моят имейл адрес (по избор) (Meine E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe))	

Следните данни обикновено са необходими, ако за тези роднини, които трябва да бъдат включени в семейно осигуряване при нас. Въпреки това ние също така изискваме индивидуални данни за Вашия(ата) съпруг(а)/регистриран партньор, ако искаме да предоставим семейно осигуряване само на Вашите деца и Вашият(ата) съпруг(а)/регистриран партньор е свързан(а) с тези деца. В този случай, освен общите данни, се изисква информация за осигуряването на съпруга(та)/партньора(ката) и – ако не е включен(а) в държавно осигуряване – допълнителни данни за неговите(нейните) доходи. В този случай доходите трябва задължително да бъдат документиран с удостоверения за доход. Добавете, които се изплащат въз основа на семейно положение, не се вземат предвид в данните за доходите. (Nachfolgende Daten sind grundsätzlich nur für solche Angehörigen erforderlich, die bei uns familienversichert werden sollen. Abweichend hiervon benötigen wir einzelne Angaben zu Ihrem Ehe-/Lebenspartner auch dann, wenn bei uns ausschließlich die Familienversicherung für Ihre Kinder durchgeführt werden soll und Ihr Ehe-/Lebenspartner mit diesen Kindern verwandt ist. In diesem Fall sind neben den allgemeinen Angaben die Informationen zur Versicherung des Ehe-/Lebenspartners und – sofern dieser nicht gesetzlich versichert ist – zusätzlich Angaben zu seinem Einkommen erforderlich; hierbei sind die Einnahmen zwingend durch Einkommensnachweise zu belegen; Zuschläge, die mit Rücksicht auf den Familienstand gezahlt werden, bleiben bei den Angaben zu den Einkünften unberücksichtigt.)

Общи данни за членовете на семейството (Allgemeine Angaben zu den Familienangehörigen)				
	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Начало на семейно осигуряване (Beginn der Familienversicherung)				
Фамилно име** (Name**)				
**) Ако членът на касата и членът на семейството нямат едно и също име, семейното положение трябва да бъде доказано еднократно с подходящи документи (напр. удостоверение за брак, удостоверение за гражданско партньорство, акт за раждане) или – ако не е възможно да бъдат представени – с други подходящи документи (напр. разрешение за детски надбавки).				
(**) Bei fehlender Namensgleichheit zwischen dem Mitglied und dem Familienangehörigen sind die Personenstandsverhältnisse durch geeignete Urkunden (z. B. Eheurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde, Geburtsurkunde) oder – sofern deren Vorlage nicht möglich ist – durch andere geeignete Unterlagen (z. B. Bescheid über Kindergeld) einmalig nachzuweisen.)				
Собствено име (Vorname)				
Дата на раждане (Geburtsdatum)				
Пол (Geschlecht) мъж (м), жена (ж), друго (д), неопределен (х) (männlich (m), weiblich (w), divers (d), unbestimmt (x))	(м) (m) (ж) (w)	(м) (m) (ж) (w)	(м) (m) (ж) (w)	(м) (m) (ж) (w)
адрес, евентуално различен от този на члена (ggf. vom Mitglied abweichende Anschrift)				
Роднинска връзка с члена, с детето (Verwandschaftsverhältnis zum Mitglieds zum Kind)		биологично дете/осиновено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)	биологично дете/осиновено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)	биологично дете/осиновено дете (leibliches Kind/Adoptivkind) доведено/заварено дете (Stiefkind) внук (Enkelkind) дете, ползващо приемна грижа (Pflegekind)
Вашият съпруг(а)/партньор(ка) има ли роднинска връзка с детето? (Ist Ihr Ehe-/Lebenspartner mit dem Kind verwandt?)		He (Nein) Да (Ja)	He (Nein) Да (Ja)	He (Nein) Да (Ja)

Фамилно име, собствено име
(Name, Vorname)

Осигурителен номер
(Versicherungsnummer)

	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Собствено име (Vorname)				

Данни за предишно или друго настоящо осигуряване на членове на семейството (Angaben zur bisherigen oder zur weiter bestehenden Versicherung der Familienangehörigen)

Преишното осигуряване (Die bisherige Versicherung)				
• продължава (besteht weiter) • приключи на (endete am) • В (bei) (Име на здравноосигурителната каса/ здравноосигурителната схема) (Name der Krankenkasse / Krankenversicherung)) • Вид осигуряване: Членство (1), Семейно осигуряване* (2), неосигурен(а) в рамките на задължително здравно осигуряване (3) (моля, отбележете) (Art der Versicherung: Mitgliedschaft (1), Familienversicherung* (2), nicht gesetzlich versichert (3)) (bitte ankreuzen))	He (Nein) Да (Ja)			
) Важно за теб: Семейно осигуряване може да се направи само в една здравноосигурителна каса. () Wichtig für Dich: Die Familienversicherung kann nur bei einer Krankenkasse durchgeführt werden.)				
Бил(а) ли е наскоро включен(а) в семейно осигуряване? Тогава моля, посочете фамилното и собственото име на лицето, чиито роднини са били осигурени до сега. (Bestand zuletzt eine Familienversicherung?) (Dann geben Sie bitte den Namen und Vornamen der Person an, über die bisher die Angehörigen versichert waren.)	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))	(Собствено име) ((Vorname)) (Фамилно име) ((Name))

Данни за доходите на членовете на семейството (Angaben zum Einkommen von Familienangehörigen)

Самостоятелна заетост от (Selbstständige Tätigkeit seit)				
месечна печалба от самостоятелна заетост (monatlicher Gewinn aus selbstständiger Tätigkeit)				
Моля, приложете копие от актуално уведомление за оценка на данъка върху дохода. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Месечно брутно трудово възнаграждение от трудово правоотношение (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus einer Beschäftigung)				
Обезщетение за оставане без работа (напр. обезщетение при прекратяване на трудово правоотношение) (Entlassungsschädigung (z. B. Abfindung))				
Месечно брутно трудово възнаграждение от минимална трудова заетост (Minijob) (Monatliches Bruttoarbeitsentgelt aus Minijob)				
Законова пенсия, пенсионни обезщетения, професионална пенсия, пенсия от чужбина, други пенсии (Gesetzliche Rente, Versorgungsbezüge, Betriebsrente, ausländische Rente, sonstige Renten)				
Изплащана месечна сума (Monatlicher Zahlbetrag)				
Други редовни месечни доходи по смисъла на законодателството в областта на данъка върху доходите (напр. доходи от наем и аренда, доходи от капитал) (Sonstige regelmäßige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Einkünfte aus Kapitalvermögen)				
Вид доход (Art der Einkünfte)				
Моля, приложете копие от актуално уведомление за оценка на данъка върху дохода. (Bitte Kopie des aktuellen Einkommensteuerbescheides mitsenden.)				
Обезщетение за безработица/ гражданско обезщетение (Bürgergeld) от (Arbeitslosengeld / Bürgergeld seit)				

Фамилно име, собствено име
(Name, Vorname)

Осигурителен номер
(Versicherungsnummer)

	Съпруг(а) (Ehepartner)	Дете (Kind)	Дете (Kind)	Дете (Kind)
Собствено име (Vorname)				

Допълнителни данни за членовете на семейството (Weitere Angaben zu Familienangehörigen)

Посещение на училище/обучение във висше учебно заведение (Моля, за деца над 23 години приложете уверение за ученик или уверение за студентско положение.) (Schul- oder Studienzeit) ((Bitte bei Kindern ab 23 Jahren Schul- oder Studienbescheinigung mitsenden.))		ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)	ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)	ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)
Военна служба или законово регламентирана доброволна служба (Моля, приложете удостоверение за прослужено време.) (Wehrdienst oder gesetzlich geregelter Freiwilligendienst) ((Bitte Dienstzeitbescheinigung mitsenden.))		ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)	ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)	ДДММГГГГГГ от (von) ДДММГГГГГГ до (bis)

Данни за издаване на здравноосигурителен номер на семейно осигурени роднини
(Angaben zur Vergabe einer Krankenversichertennummer für familienversicherte Angehörige)

Пенсионноосигурителен номер (Rentenversicherungsnummer)				

Следните данни са необходими само ако все още не е издаден пенсионноосигурителен номер.
(Die folgenden Angaben werden nur dann benötigt, wenn noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.)

Моминско име (Geburtsname)				
Място на раждане (Geburtsort)				
Държава на раждане (Geburtsland)				
Гражданство (Staatsangehörigkeit)				

Потвърждавам точността на данните. Ще Ви информирам незабавно за всякакви промени. Това важи по-специално, ако доходите на гореспоменатите роднини се променят (напр. ново уведомяване за оценка на данъка върху дохода за самостоятелно заето лице) или станат членове на (различна) здравноосигурителна каса.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Über Änderungen werde ich Sie umgehend informieren. Das gilt insbesondere, wenn sich das Einkommen meiner o. a. Angehörigen verändert (z. B. neuer Einkommensteuerbescheid bei selbstständiger Tätigkeit) oder diese Mitglied einer (anderen) Krankenkasse werden.

ДДММГГГГГГ

Дата
(Datum)

Подпис на член на касата
(Unterschrift des Mitglieds)
(С подписа си декларирам, че съм получил(а) съгласието на членовете на семейството за предоставяне на необходимите данни.)
(Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten erhalten zu haben.)

Подпис на член/членове на семейството
(Unterschrift des/der Familienangehörigen)
За тези, които живеят отделно, е достатъчен подписът на член/членове на семейството.
Bei getrennt Lebenden reicht die Unterschrift des/der Familienangehörigen aus.

Да се подаде до органа, който отговаря за уведомяването, напр. работодател, агенция по заетостта

**Моля, подайте
своевременно.**

Собствено име, фамилно име

Улица, номер

Пощенски код, населено място

Дата на раждане

Информация за моята нова здравноосигурителна каса

Избрах фирмената здравноосигурителна каса mhplus за моя бъдеща здравноосигурителна каса.

Поискана промяна на каса към: _____

Ето накратко данните на mhplus: Фирмена здравноосигурителна каса mhplus, 71632 Лудвигсбург

Фирмен номер

63494759

Банкова информация

Commerzbank Ludwigsburg,

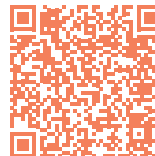
IBAN DE29 6048 0008 0500 9005 00,

BIC DRESDEFF604

KSK Ludwigsburg,

IBAN DE19 6045 0050 0000 0772 08,

BIC SOLADES1LBG



Моля, запазете това удостоверение във Вашите документи и ме регистрирайте в mhplus.

Ако все още не е възможно да се промени здравноосигурителната каса на заявената начална дата, ще Ви информирам съответно.

С най-добри пожелания,

Място, дата, подпис

**Нашите основни данни
накратко**

♥ **Винаги на Твое разположение** ☎ **07141 9790-0**
✉ **info@mhplus.de** f **facebook.com/mhplus**
📷 **instagram.com/deine_mhplus** 📱 » **mhplus Service-App**
🔍 **www.mhplus.de**